様式第３

結核指定医療機関辞退届

平成　　年　　月　　日

奈　良　県　知　事　　殿

指定医療機関の　所　在　地

名　　称

開設者住所
（所在地と異なる場合のみ。法人の場合は法人の住所）

開設者氏名　　印

（法人の場合は法人の名称及び代表者の氏名）

平成　　年　　月　　日をもって指定医療機関としての指定を辞退したいので、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第３８条第８項の規定によりお届けします。

辞 退 理 由

開設者が死亡した場合は、開設者氏名欄に開設者氏名及び届出人の氏名、続柄を記入すること。
指定医療機関指定書（紛失した場合は紛失届）を添付すること。